

| REQUERIMENTO DE DESCONTO CONVÊNIO ou PARCERIA | | |
|--|---|---|
| 1. DADOS DO ESTUDANTE | | |
| Nome completo: _____ | | |
| RA: _____ | <input type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> Pós- Graduação |
| Celular estudante: _____ | E-mail: _____ | |
| Curso: _____ | | |
| Modalidade: <input type="checkbox"/> Presencial. <input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> EaD | | |
| Campus: _____ | | |
| Grau de relacionamento: <input type="checkbox"/> Estagiário(a) | <input type="checkbox"/> Funcionário(a) | <input type="checkbox"/> Menor Aprendiz |
| Dependente do funcionário(a): <input type="checkbox"/> Filho(a) até 25 anos <input type="checkbox"/> Cônjuge | | |
| Declaro estar ciente de que: - É vetado o acúmulo de desconto, bolsa e/ou financiamento, exceto as bolsas de pesquisas (BIC, BID, BIT SAL). - O desconto convênio/parceria é inserido nas mensalidades vincendas e com vigência até a data do vencimento. - A renovação do desconto realiza-se antes do início do novo período letivo e mediante o preenchimento do Requerimento de Desconto Convênio ou Parceria que deverá ser apresentado no setor de Serviço Social do <i>Campus</i> em que estudo. | | |
| _____ | _____/_____/_____ Data | _____ |
| Responsável Legal | | Assinatura do Estudante |
| 2. DADOS DA CONVENIADA | | |
| <input type="checkbox"/> Usufruto do desconto convênio em razão de possuir contrato direto com UNISAL. | | |
| <input type="checkbox"/> Usufruto do desconto convênio em razão de possuir parceria com Associação/Cooperativa/Sindicato que é conveniado ao UNISAL. | | |
| Razão Social: _____ | | |
| Nome Fantasia: _____ | | |
| CNPJ: _____ | | |
| Nome do colaborador do Recursos Humanos: _____ | | |
| Fone RH: _____ | e-mail: _____ | |
| Nome completo do colaborador(a) beneficiado(a) com o Desconto Convênio/Parceria: _____ | | |
| _____ Assinatura da Conveniada | | |
| _____/_____/_____ Data | | |
| carimbo ou assinatura digital | | |
| 3. PREENCHIMENTO ASSOCIAÇÃO ou COOPERATIVA ou SINDICATO | | |
| Declaramos ao UNISAL que a pessoa física/jurídica citada acima faz parte do quadro da(o): | | |
| <input type="checkbox"/> Associação ou Cooperativa. Especificar o nome ou sigla: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sindicato. Especificar o nome ou sigla: _____ | | |
| Fone: _____ | e-mail: _____ | |
| _____ Assinatura da Conveniada | | |
| _____/_____/_____ Data | | |
| carimbo ou assinatura digital | | |
| 4. PREENCHIMENTO DO UNISAL | | |
| Recebido em: ____/____/____ às _____. | Validado no sistema em: ____/____/____ | |
| _____ | Vigência: _____ | |
| Serviço Social ¹ | | |
| Alterações: _____ | | |
| _____ Data | | |
| _____ | | |
| Serviço Social | | |

¹ O Serviço Social mantém o sigilo profissional conforme rege a Lei nº 8.662/1993 de regulamentação profissional e do Código de Ética do Assistente Social e Resoluções CFESS nº 290/1994, 293/1994, 333/1996 e 594/2011. Ademais, pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018.